SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN DE LOS RIESGOS DE GESTION, CORRUPCION Y SEGURIDAD DIGITAL DE LOS PROCESOS – Y AL PLAN ANTICORRUPCION Y ATENCION AL CIUDADANO PAAC 2023, PRIMER CUATRIMESTRE DEL 2023.

INFORME

1. INFORMACIÓN GENERAL

ALCANCE DE LA EVALUACIÓN

Se inicia con la verificación de la actualización de la nueva guía expedida por el Departamento Administrativo de la Función Pública y termina con un concepto sobre el estado de actualización y envío del informe.

CRITERIOS DE LA EVALUACIÓN

MECI Actualizado, Decreto 1499 de 2017-Dimesión 7 Control Interno MIPG, Componente (02) dos Evaluación del Riesgo, Primera, Segunda y Tercera Línea de Defensa del MECI - ISO 9001:2015 y Metodología para la Administración del Riesgo de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital y el diseño de controles 2020 - versión 05.

Para el seguimiento de PAAC, la Guía “Estrategias para la Construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano. Versión 2”, de la Presidencia de la República; y la Guía para la Administración de los Riesgos que unificó el Consejo Asesor del Gobierno Nacional en Materia de Control Interno.

DOCUMENTOS FUENTE

Mapa de riesgos y sus Formatos Actividades de Control Mapa de Riesgos, Registro de Materialización de Riesgo.
Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano PAAC 2023 versión 3

FECHA DE EJECUCIÓN

:

Del 1 al 15 de Mayo de 2023

JEFE OFICINA CONTROL INTERNO

Rafael Cubillos Hoyos

AUDITOR CONTROL INTERNO

Gregorio Franco Cortes

PROCESO EVALUADO

Fueron evaluados todos los procesos en cuanto al mapa de riesgos de la institución.

2. OBJETIVO GENERAL

El objetivo de este informe es evaluar la gestión de los riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital de la entidad y el cumplimiento del plan anticorrupción y de atención al ciudadano – PAAC versión 3 con corte al 30 de abril de 2023.

3. ACTIVIDADES DESARROLLADAS

- Se verificó el registro de la materialización de los riesgos, con corte al 30 de abril de 2023, del primer cuatrimestre, reportado por los diferentes procesos con el mapa de riesgos de la entidad.

- Se verificó la adecuación y pertinencia de los controles y acciones de control de los riesgos de gestión, de corrupción y de seguridad digital en cada proceso.

- La verificación de los controles se realizó con base en los registros que los responsables de los procesos aportaron como evidencia de cumplimiento.

- Se realizó seguimiento al cumplimiento de las actividades por procesos registradas en el Plan Anticorrupción y Atención al Ciudadano PAAC 2023, con corte al 30 de abril de 2023.

3.1 Seguimiento a la Gestión de los Riesgos de Procesos del periodo Enero a Abril de 2023.

Los procesos no presentaron, ni reportaron materialización de riesgos en los formatos de seguimiento de actividades de control, de acuerdo a la Metodología para la administración del riesgo de gestión,corrupción y seguridad digital y el diseño de controles 2020 - versión 05. Los resultados del seguimiento se tienen como soporte del presente informe.

4. POLÍTICA DE ADMINISTRACIÓN DE RIESGOS

La Política de Administración del Riesgo para la Red de Salud Ladera ESE, fue construida conforme a la Metodología para Administración de Riesgos de Gestión, Corrupción y Seguridad Digital y el diseño de Controles, y posteriormente socializada en Comité Institucional de Coordinación de Control Interno y Comité de Gestión y Desempeño Institucional, lo que implica un compromiso institucional con la identificación, análisis y valoración de los riesgos que pueden afectar la gestión de los procesos del Sistema Integrado de Gestión - SIG, con miras a controlar sus efectos sobre el cumplimiento de la misión, a través de las acciones implementadas.

El objetivo de la Política está alineado con los objetivos del Plan Estratégico, toda vez que se establece el compromiso de ejercer un control efectivo de los eventos de riesgo que puedan impedir el cumplimiento de la misión y objetivos institucionales y de proceso a través del diagnóstico, identificación, análisis, valoración y administración del riesgo, orientado al mejoramiento continuo de los procesos gerenciales, misionales, de apoyo y de evaluación de la entidad. Igualmente se establece el alcance, responsabilidades, niveles de aceptación del riesgo y calificación de probabilidad e impacto; dando cumplimiento a lo establecido en la Metodología y al esquema de las tres (03) líneas de defensa definido en la dimensión 7 de control interno del modelo integrado de planeación y gestión MIPG, que actualizó el MECI.

5. MAPA DE RIESGOS

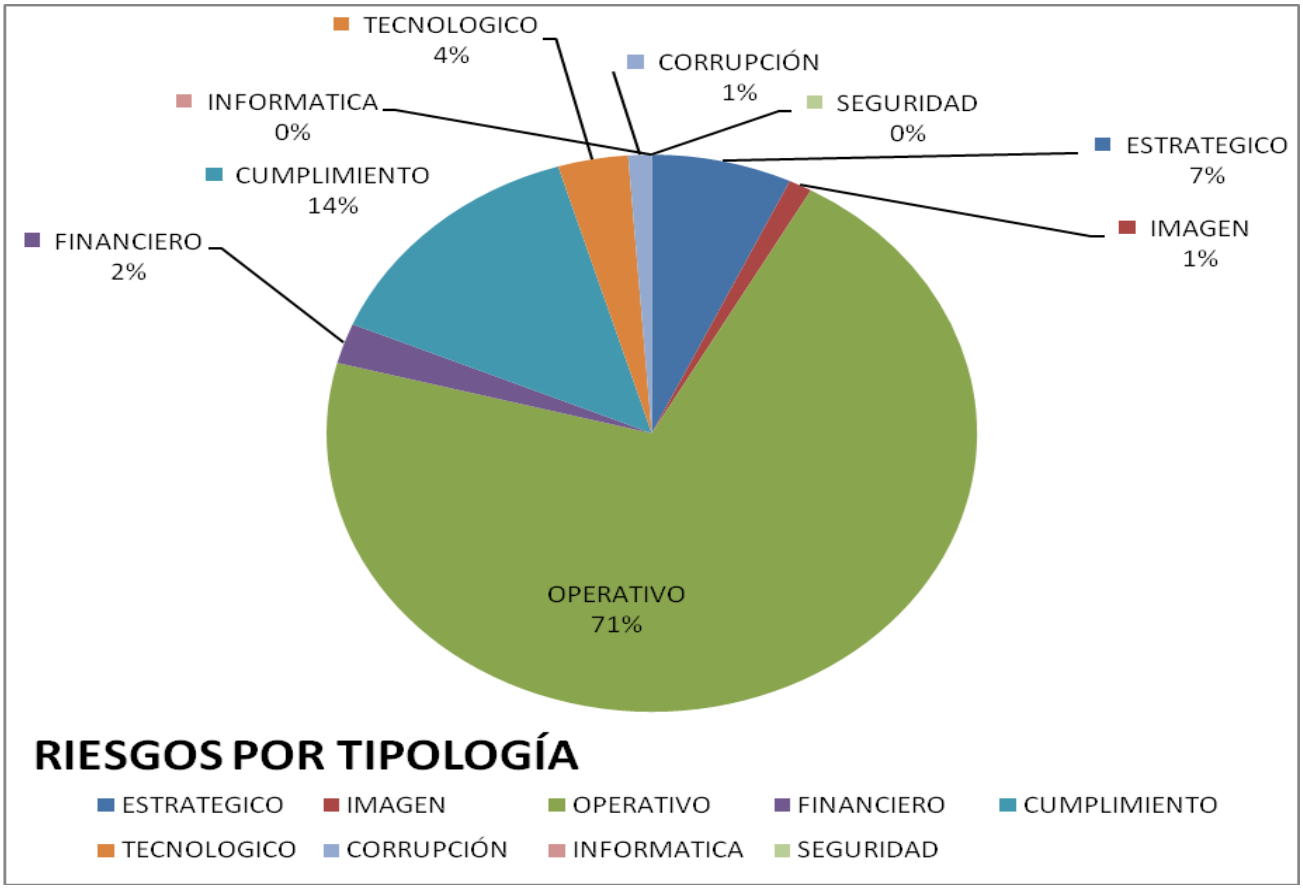
TABLA 1 - CONSOLIDADO DE RIESGOS POR PROCESO Y TIPOLOGÍA

Nos.	PROCESO	ESTRATEGICO	IMAGEN	OPERATIVO	FINANCIERO	CUMPLIMIENTO	TECNOLOGICO	CORRUPCIÓN	TOTAL
1	Planeación.	1				1			2
2	Gestión Investigativa y Académica.	1							1
3	Calidad.			4					4
4	Consulta externa y consulta especializada.	2		3					5
5	Promoción y Mantenimiento de la Salud			5					5

6	Terapias Complementarias.			3					3
7	Apoyo Diagnostico.			6					6
8	Urgencias y Hospitalización.			3					3
9	Odontología.			2		2			4
10	Cirugía y Partos.			2					2
11	Farmacia.			1		1			2
12	Atención al Usuario y Participación Social.		1	1		1			3
13	Gestión Administrativa y Financiera.			3	2	3		1	9
14	Gestión Información.			2		1	1		4
15	Gestión Talento Humano.			2		2			4
16	Gestión Insumos y Suministros.			2		1			3
17	Gestión Ambiente Físico.			1		1	1		3
18	Gestión Ambiental.			1		2			3
19	Gestión Jurídica.			1		1			2

20	Control Interno.			1		2			3
21	Control Interno Disciplinario.								0
TOTAL		**4**	**1**	**43**	**2**	**18**	**2**	**1**	**71**

GRÁFICO CONSOLIDADO DE RIESGOS POR TIPOLOGÍA



De acuerdo con la gráfica, en el Mapa de Riesgos Institucional aprobado, se observa que el **71%** corresponden a la tipología ***Operativo*** siendo esta la de mayor valor porcentual, seguido de ***Cumplimiento*** con el **14%**, ***Estratégico*** con el **7%**, ***Tecnológico*** con el **4%**, ***Financiero*** con el **2%**, ***Imagen*** con el **1%**, ***Corrupción*** **1%** ***Informática*** con el **0%** y ***Seguridad*** con el **0%**.

RESULTADO DEL MONITOREO

Los procesos que conforman la entidad remitieron a la oficina de Control Interno, los formatos de monitoreo a los riesgos de gestión, corrupción y seguridad digital y, en la matriz siguiente se refleja la información reportada, así:

Proporción de Riegos por Proceso y Frecuencia de Materialización Enero a Abril de 2023

Nos.	PROCESO	TOTAL RIESGOS POR PROCESO	RIESGOS MATERIALIZADOS	FRECUENCIA RIESGOS MATERIALIZADOS	PORCENTAJE
1	Planeación	2	0	0	2,81%
2	Gestión Investigativa y Académica	1	0	0	1,40%
3	Calidad	4	0	0	5,63%
4	Consulta externa y consulta especializada	5	0	0	7,04%
5	Promoción y Prevención	5	0	0	7,04%
6	Terapias Complementarias	3	0	0	4,22%
7	Apoyo Diagnostico	6	0	0	8,45%
8	Urgencias y Hospitalización	3	0	0	4,22%
9	Odontología	4	0	0	5,63%
10	Cirugía y Partos	2	0	0	2,81%
11	Farmacia	2	0	0	2,81%
12	Atención al Usuario y Participación Social	3	0	0	4,22%

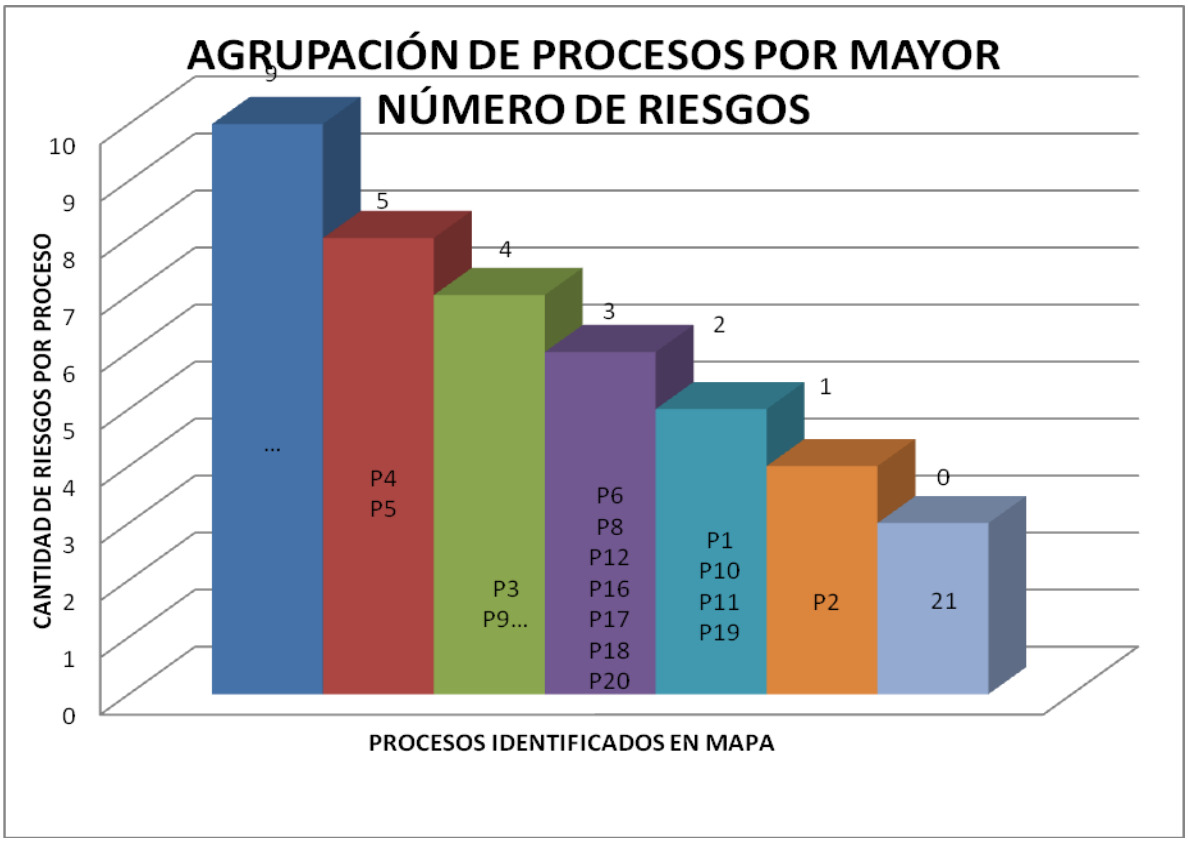
VIGILADO Supersalud

CERTIFICADO CO-SC 7215-1

Nos.	PROCESO	TOTAL RIESGOS POR PROCESO	RIESGOS MATERIALIZADOS	FRECUENCIA RIESGOS MATERIALIZADOS	PORCENTAJE
13	Gestión Administrativa y Financiera	9	0	0	12,67%
14	Gestión Información	4	0	0	5,63%
15	Gestión Talento Humano	4	0	0	5,63%
16	Gestión Insumos y Suministros	3	0	0	4,22%
17	Gestión Ambiente Físico	3	0	0	4,22%
18	Gestión Ambiental	3	0	0	4,22%
19	Gestión Jurídica	2	0	0	2,81%
20	Control Interno	3	0	0	4,22%
21	Control Interno Disciplinario	0	0	0	0%
TOTAL		71	0	0	100%

Durante el periodo de Enero a Abril de 2023, no se presentaron, ni reportaron materialización de riesgos de gestión y su respectiva frecuencia por parte de los líderes de los veintiún (21) procesos definidos en el mapa de procesos del sistema de gestión de calidad de la entidad. Lo cual conlleva a que se establezcan seguimiento a las acciones de control al interior de cada uno de los procesos.

Gráfico de Agrupación de Procesos por mayor número de riesgos identificados.



Se evidenció que los procesos con la mayor probabilidad de materialización de riesgos respecto a la cantidad de riesgos que presentan son: Gestión Administrativa y Financiera (P9) con 9 riesgos, seguido de Apoyo Diagnostico (P7) con 6 riesgos, seguido de Consulta Externa y Especializada (P4) y Promoción y Mantenimiento de la Salud (P5) con 5 riesgos, seguido de Calidad (P3), Odontología (P9), Gestión de la Información (P14) y Gestión del Talento Humano (P15) con 5 riesgos cada uno, seguido de Terapias Complementarias (P6), Urgencias y Hospitalización (P8), Atención al Usuario y Participación Social (P12), Gestiòn de Insumos y Suministros (P16), Gestión de Ambiente Físico (P17), Gestión Ambiental (P18) Y Gestión de Control Interno (P20) cada uno con 3 riesgos, seguido de Planeación (P1), Cirugía y Partos (P10), Farmacia (P11) y Gestión Jurídica (P19) cada uno con 2 riesgos, seguido de Gestiòn Investigativa y Académica (P2) con 1 riesgo y por ultimo Gestión de Control Interno Disciplinario (P21) con cero riesgos.

VIGILADO Supersalud

Cuadro Consolidado Frecuencia de Materialización de Riesgos de Enero a Abril de 2023

PROCESO	RIESGO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTBRE	OCTBRE	NOVBRE	DICBRE	FRECUENCIA	%
Planeación	Posibilidad de afectación económica, y reputacional por sanciones y multas debido al no reporte o reporte extemporáneo de información de obligatorio cumplimiento a los entes de Inspección, vigilancia y control frente a Circular Única, SIA Contraloría, Resol 256 de 2016 y decreto 2193 tabla de calidad y sispro-piscis y todas las demás que sean de obligatoriedad.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Posibilidad de afectación económica y reputacional por destitución o inhabilidad al representante legal, debido a la evaluación insatisfactoria por el no cumplimiento de las metas planteadas en el plan de gestión gerencial por fallas de seguimiento y evaluación oportuna.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**

PROCESO	RIESGO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTBRE	OCTBRE	NOVBRE	DICBRE	FRECUENCIA	%
Gestión Investigativa y Académica	Iniciar las rotaciones sin los soportes por parte de los estudiantes (pólizas, hojas de vida, documentos de EPS y ARL) que podrían generar sanciones de ley y afectar la seguridad paciente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
Calidad	Posibilidad de afectación económica, y reputacional por sanciones y multas por los entes de control debido a que los hallazgos identificados en las auditorías internas y externas no cuenten con los respectivos planes de mejora.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
	Posibilidad de afectación económica, y reputacional por sanciones y multas debido a la deficiencia en las realización de las auditorías internas de calidad y medica .	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%
	Posibilidad de afectación económica, y reputacional por materialización de eventos adversos de	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0%

PROCESO	RIESGO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTBRE	OCTBRE	NOVBRE	DICBRE	FRECUENCIA	%
	clasificación moderada y severa debido a la no adherencia de la política y del programa de seguridad del paciente.														
	Posibilidad de afectación económica, y reputacional por multas, sanciones o demandas por una inadecuada gestión de la producción y recepción documental de la entidad.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
Consulta externa y consulta especializada	Diligenciamiento inadecuado de la Historia Clínica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Poca adherencia a las Guías de atención y de practica medica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Probabilidad de incumplimiento de las metas instauradas en la vigencia.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Riesgo de mala praxis médica durante el proceso de atención	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Riesgo del deterioro del estado general del paciente en consulta externa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**

PROCESO	RIESGO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTBRE	OCTBRE	NOVBRE	DICBRE	FRECUENCIA	%
Promoción y Prevención	Inadecuada clasificación del riesgo del paciente.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	No realización de las actividades de acuerdo al riesgo identificado.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	No adherencia del personal asistencial a las guías y protocolos de manejo.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Mal diligenciamiento de la Historia Clínica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Causar daño al paciente en el proceso de atención en salud de forma involuntaria	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
Terapias Complementarias	Ocasión de lesiones al paciente provocado por uso inadecuado de aparatologia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Falta terapéutica por diagnostico medico inadecuado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Diligenciamiento inadecuado de la historia clínica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
Apoyo Diagnostico	Probabilidad de ocurrencia deinportunidad en la prestación de los servicios de laboratorio clínico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**

PROCESO	RIESGO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTBRE	OCTBRE	NOVBRE	DICBRE	FRECUENCIA	%
	Probabilidad de ocurrencia de una inadecuada preparación del paciente para la toma de examen de laboratorio clínico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Falta de información al paciente sobre la preparación del examen de imagen logia correspondiente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Probabilidad de ocurrencia de fallas en la toma de muestra en el servicio de laboratorio clínico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Validación de resultados no concordantes con la clínica del paciente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Deficiente calidad y poca confiabilidad en el reporte del resultado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
Urgencias y Hospitalización	Riesgo de reingreso de los pacientes por inadecuado manejo medico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Riesgo de larga estancia en hospitalización	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Estancia prolongada de pacientes en el servicio de urgencias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**

PROCESO	RIESGO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTBRE	OCTBRE	NOVBRE	DICBRE	FRECUENCIA	%
Odontología	No contar con insumos, equipos, instrumental o personal asistencial para la prestación del servicio.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Ausencia de Historia Clínica	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Caries recurrente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Deglución de dispositivos odontológicos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
Cirugía y Partos	Probabilidad de no adherencia a las guías, protocolos y poes de manejo clínico (manejo de sífilis en la gestante)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Complicación durante el parto (sufrimiento fetal, hemorragia, desprendimiento prematuro de la placenta).	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
Farmacia	Inclusión de medicamentos que no cumplan con los requisitos legales de seguridad, efectividad y costo.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**

VIGILADO Supersalud

PROCESO	RIESGO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTBRE	OCTBRE	NOVBRE	DICBRE	FRECUENCIA	%
	Recepción de medicamentos que no cuentan con registro INVIMA y averiados, o en mal estado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
Atención al Usuario y Participación Socia	Barreras en la prestación de servicios, por desconocimiento de los derechos y deberes de los usuarios	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Incumplimiento en tiempos de respuesta de peticiones, quejas, reclamos y solicitudes (PQRS) de los usuarios debido a la gestión no efectiva	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Direccionamiento inadecuado de los usuarios y sus familias por desconocimiento de la Red Prestas dora de Servicios por parte de los funcionarios.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
Gestión Administrativa y Financiera	Falta de aforo para la generación de la disponibilidad presupuestal.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Disminución del recaudo de los servicios prestados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	**0%**

PROCESO	RIESGO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTBRE	OCTBRE	NOVBRE	DICBRE	FRECUENCIA	%
	Disminución de los recursos financieros por inapropiada de gestión de cobro.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Disminución de los recursos financieros por aceptación total de la glosa.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Suplantación de acceso al porta bancario	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Perdidas de los recaudos en las caja de facturación de las IPS.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
	Inconsistencia en la veracidad y calidad de la información financiera.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
	Incumplimiento en la rendición de informes definidos en el cuadro de control	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
	Retrasos en las tareas de los procesos administrativos y Financieros.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0**
Gestión Información	Daño en la infraestructura física y/o lógica generando caídas y/o lentitud en los servicios informáticos	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**

PROCESO	RIESGO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTBRE	OCTBRE	NOVBRE	DICBRE	FRECUENCIA	%
	Incumplimiento en los servicios contratados debido a la inoportunidad en los seguimientos a los proveedores.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Demora en la toma de decisiones debido a la nueva actualización del sistema de información.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Fuga o perdida de información debido a inadecuada gestión en los niveles de seguridad de la información.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
Gestión Talento Humano	No ejecución del plan de Bienestar Social	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Imposibilidad de implementación y puesta a disposición del Plan Institucional de Capacitación PIC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Pago Conceptos de Nómina no Justificados	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Falta de oportunidad en la radicación y Gestión de cobro de las incapacidades ante las aseguradoras	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**

PROCESO	RIESGO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTBRE	OCTBRE	NOVBRE	DICBRE	FRECUENCIA	%
Gestión Insumos y Suministros	Incumplimiento en la ejecución del plan de compras.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Demora en la entrega de los pedidos a los servicios.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Falta de oportunidad y confiabilidad en la generación de la información.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
Gestión Ambiente Físico	Deterioro de los activos y la edificación afectando a terceros	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Incidente y/o eventos adversos en el uso de Tecnología.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Perdida o sustracción de elementos de oficina y equipos biomédicos.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
Gestión Ambiental	Inadecuada disposición final de los residuos generados en la institución.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Incumplimiento de la norma ambiental	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Incumplimiento de las Actividades del proceso de gestión ambiental	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
Gestión Jurídica	Vencimiento de términos judiciales.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**

PROCESO	RIESGO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTBRE	OCTBRE	NOVBRE	DICBRE	FRECUENCIA	%
	Falta de supervisión técnica, administrativa, jurídica y financiera de los contratos.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
Control Interno	Posibilidad de afectación económica, y reputacional por sanciones y multas debido al no cumplimiento o cumplimiento extemporáneo en el reporte de los informes de Ley que deben ser publicados y enviado a los diferentes entes de control.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Posibilidad de afectación económica, y reputacional por sanciones y multas por los entes de control debido a que los hallazgos identificados en las auditorías internas y externas no cuenten con el seguimiento de los respectivos planes de mejora.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
	Posibilidad de afectación económica, y reputacional por sanciones y multas por	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**

PROCESO	RIESGO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTBRE	OCTBRE	NOVBRE	DICBRE	FRECUENCIA	%
	los entes de control debido a que se incumpla con la ejecución de las actividades formuladas en el plan anual de auditorías internas.														
Control Interno Disciplinario		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**
TOTAL		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	**0%**

Acumulado Materialización Riesgos de Gestión

Periodo Enero a Abril de 2023

Durante el presente periodo no se reportaron materialización de riesgos de gestión por parte de los veintiún (21) procesos definidos en el mapa de procesos del sistema de gestión de calidad de la entidad, sin embargo se recomienda realizar seguimiento periódico a las actividades ejecutadas en los procesos con el fin de identificar posibles eventos de riesgos que puedan afectar el desempeño de los mismos y realizar su respectivo registro de materialización para el manejo y tratamiento en plan de manejo de riesgos.

6. SEGUIMIENTO A LA GESTIÓN DE LOS RIESGOS ANTICORRUPCIÓN PRIMER CUATRIMESTRE DE 2023.

En el seguimiento, se pudo corregir que las acciones definidas en el Plan de Tratamiento de Riesgos para controlar y mitigar su posible ocurrencia, se ha venido ejecutando según lo establecido, logrando con esto que no se hayan materializado las situaciones riesgosas que pueden afectar la gestión de los Procesos. Los controles van encaminados a evitar que se presenten situaciones adversas ya sea por acción u omisión en detrimento de la entidad y en beneficio de terceros, por lo anterior se debe monitorear permanentemente su “probabilidad” e “impacto” con el fin de realizar oportunamente los ajustes requeridos y minimizar al máximo su ocurrencia. En este periodo no se evidenció materialización de algún riesgo anticorrupción.

7. RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO AL PLAN ANTICORRUPCIÓN Y ATENCIÓN AL CIUDADANO - PAAC

Se verificó la elaboración y publicación del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano - PAAC vigencia 2022 de la Red de Salud Ladera E.S.E, según lo dispone la ley 1712 de 2014, artículo 9 literal g.

Para el seguimiento del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano –PAAC, la oficina de control interno, se basó en los lineamientos dados por el Departamento Administrativo de la Función Pública - DAFP, contenidos en el documento "Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano - versión 2", el cual fue tenido en cuenta para la elaboración del PAAC – 2022.

El seguimiento de Enero a Abril de 2023, se realiza de acuerdo con la información suministrada por los procesos que lideran la ejecución del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano, versión 2.

A continuación, se presenta el avance al 30 de Abril de 2023 de los componentes que estructuran dicho plan y se realiza la validación por la Oficina de Control Interno.

Componente 1: Gestión de Riesgos de Corrupción – Mapa de Riesgos de Corrupción.

La Entidad cuenta con el Mapa de Riesgos Institucional, el cual se elaboró siguiendo los parámetros establecidos en la metodología prevista para ello, y las regulaciones vigentes; con él se busca garantizar la eficacia de las acciones planteadas respecto a los riesgos de corrupción identificados, se establecieron las directrices para administrarlos y se determinaron las acciones de control necesarias para contrarrestarlas o mitigarlas.
Para este componente la Oficina de Control interno tuvo en cuenta todas las actividades que hacen referencia al componente, así como el seguimiento y monitoreo del mapa de riesgos que realizan.

Componente 2: Racionalización de trámites.

Corresponde a los Procesos de comunicaciones, Informática, atencional usuario y participación social los cuales deben garantizar que se preste un servicio ágil y oportuno para el tratamiento de los requerimientos ciudadanos. En la actualidad se cuenta con 9 trámites aprobados por la función pública.

VIGILADO Supersalud

Componente 3: Rendición de Cuentas

Este componente se encuentra identificado en el documento elaborado por la entidad, se realizo el proceso de rendición de cuentas a la comunidad conforme a los parametros definidos por la Superintencia Nacional de Salud, por lo que se recomienda por parte de esta oficina ajustar el plan e incluir en el componente en mención para la próxima vigencia.

Conclusión
Si bien este componente está identificado en el documento en mención, la entidad realizó durante el primer cuatrimestre del presente año, la rendición de cuentas de manera virtual en la que se llevo a cabo conforme a los lineamientos dado por la Superintendencia Nacional de Salud, la cual se realizó el día 28 de marzo de 2023. Desde las instalaciones de la entidad para toda la comunidad y diferentes partes interesadas.

Componente 4: Mecanismos para mejorar la Atención al Ciudadano

Este componente la entidad cuenta con una oficina de atención al usuario y participación ciudadana, que articula todas sus actividades con las diferentes asociaciones y ligas de usuarios conformadas en la Red de Salud de Ladera. Se llevo a cabo el proceso de gestión y seguimiento a las peticiones, quejas y reclamos de forma trimestral del primer trimestre de 2023 por parte de la oficina de atención al ciudadano de la Red Ladera.

Componente 5: Mecanismos para la transparencia y acceso a la información

Este componente se encuentra contemplado en el documento elaborado por la entidad, por lo que se recomienda por parte de esta oficina ajustar el plan e incluir en el componente en mención. Se realizo la actualización de la pagina web de la entidad conforme a los lineamientos dados por el Ministerio de las Tecnologías y las Comunicaciones TICS según resolución 1519 de 2020 y sus anexos respectivos para dar cumplimiento a lo definido en la Ley 1712 de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Adicionalmente se recibió retroalimentación por parte de la firma JHAV McGregor S.A.S. entidad que en representación de la procuraduría general de la nación realizó auditoria remota a la página web de la entidad.

Componente 6: Iniciativas Adicionales

Este componente no se encuentra contemplado en el documento elaborado por la entidad, por lo que se recomienda por parte de esta oficina ajustar el plan e incluir en el componente en mención para la siguiente vigencia.

CONCEPTO OFICINA DE AUDITORÍA INTERNA:

Una vez analizados los diferentes criterios establecidos en la política anticorrupción de la entidad, según lo establecido en la Ley 1474 de 2011, la entidad cumple con las actividades determinadas para el primer (I) cuatrimestre evaluado en lo definido en los diferentes componentes de la estrategia anticorrupción, obteniendo un cumplimiento del 85% ubicándose en la zona ALTA - VERDE, en intervalo de 80 a 100%.

De 0 - 59%	**Rojo**	**Zona Baja**
De 60 a 79%	**Amarillo**	**Zona Media**
De 80 a 100%	**Verde**	**Zona Alta**

Fortalezas

Liderazgo de las oficinas de planeación y control interno, pues ha venido realizando un trabajo con todos los servidores públicos de manera directa, activa, participativa, donde cada uno de los líderes de los procesos ajustó los mapas de riesgos de sus respectivos procesos.

Fomento y Promoción por parte de la Oficina de Control Interno, del principio del autocontrol, resaltando la importancia de que los procesos realicen sus respectivos seguimientos y Evaluación a todas las actividades realizadas, de manera que puedan detectar alertas tempranas de riesgo a las acciones e impedir que los riesgos se materialicen.

Recomendaciones

1. Continuar realizando monitoreo, seguimiento y evaluación a todas las actividades con el propósito de detectar alertas tempranas de riesgo a las acciones e impedir que los riesgos se materialicen.

2. Se recomienda a los responsables de los procesos continuar aplicando un análisis de las causa raíz, así como de las acciones de control definidas para cada riesgo, con el fin de ajustarlos y evitar su recurrencia en la materialización del riesgo que puedan la ejecución de los procesos; de igual manera se realice seguimiento permanente y minucioso a las actividades de control y a los planes de mejoramiento suscritos por la materialización de los mismos.

3. Se recomienda realizar una revisión y actualización para la siguiente vigencia de los mapas de riesgos por parte de los responsables de cada uno de los procesos

VIGILADO Supersalud

con el acompañamiento de las oficinas de planeación y control interno con el fin de identificar nuevos factores de riesgos y controles que permitan mitigar la exposición de los procesos y afectar el cumplimiento de los objetivos y metas establecidas por la entidad.

Conclusiones

La Red de Salud Ladera E.S.E. a través de los diferentes procesos que conforman el Sistema de Gestión de Calidad y por medio de sus funcionarios y colaboradores, deben continuar fortaleciendo su política de riesgos de gestión,anticorrupción y seguridad digital con sus controles asociados, en aras de prevenir la materialización de los riesgos al interior de los procesos, con el fin de promover la mejora continua de su Sistema de Gestión.

Los riesgos de corrupción en la entidad están gestionados de acuerdo con las Estrategias para la construcción del Plan Anticorrupción y de Atención al Ciudadano de la Red de Salud Ladera E.S.E. según la matriz muestra que se encuentran en la zona alta, lo que garantiza que se tienen definidos controles claros y efectivos que le apuntan a eliminar las Causas del riesgo y así mitigar su efecto en caso de materialización, se encuentran monitoreados y como soporte del monitoreo en los formatos Seguimiento Actividades de Control Mapa de Riesgos y Registro de Materialización de Riesgo, de acuerdo a la Metodología para la administración del riesgo de gestión, corrupción y seguridad digital y el diseño de controles 2020 – versión 05 según lo verificado en este seguimiento.

Por lo anteriormente expuesto, la Oficina de Control Interno considera de acuerdo con el seguimiento y la verificación realizada, en términos generales, que los mecanismos de control establecidos por la entidad, en el marco de los riesgos por procesos y riesgos de corrupción en la mayoría de sus gestiones, han sido adecuados para garantizar la eficacia del Sistema de Control Interno.

Atentamente,



RAFAEL CUBILLOS HOYOS
Jefe Oficina de Control Interno
Elaboró y Proyectó: RCH